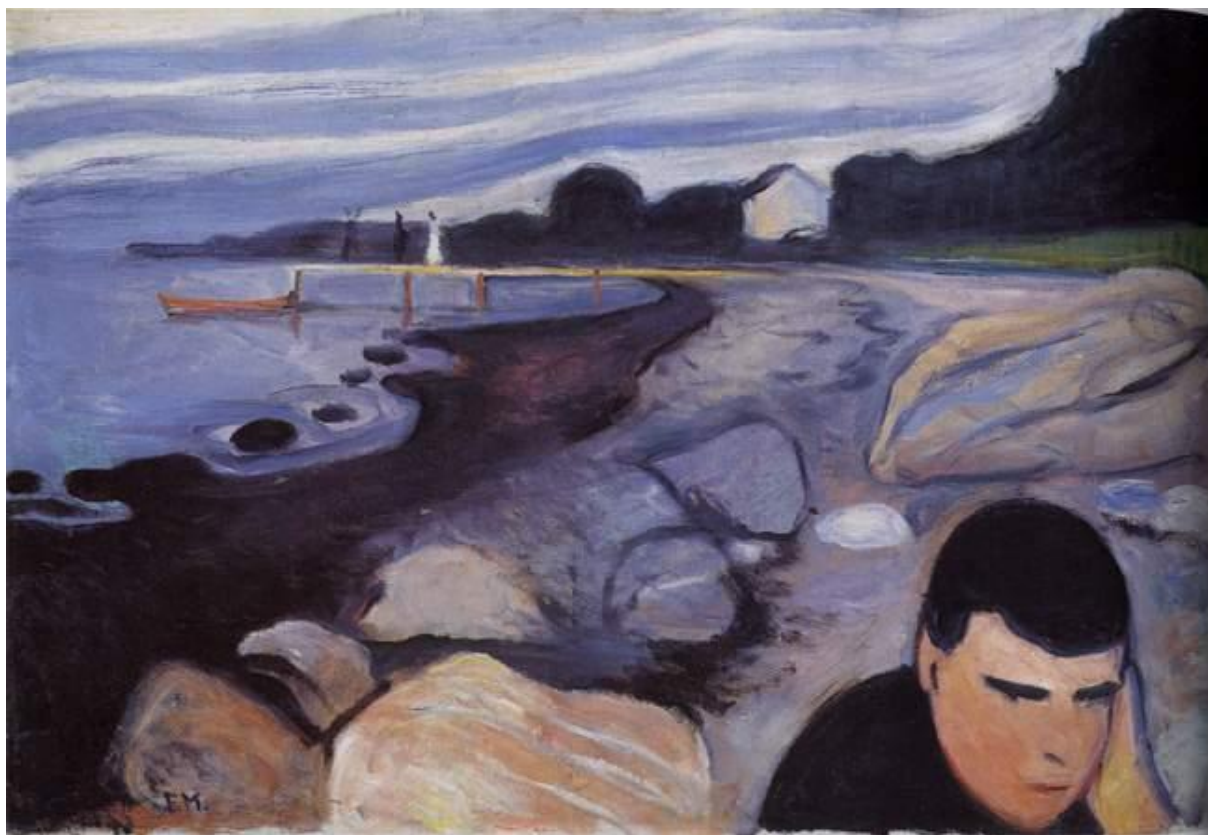


Musikkens terapeutiske virkning på kliniske depresjoner

**En litteraturstudie
Av: stud.med. Michael Holter**

**Prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet, Universitet i Oslo
2011
Veiledet av: Professor Egil Wilhelm Martinsen**



melankoli, Munch 1892

INNHALDSFORTEGNELSE:

English abstract:	side 3
Innledning:	side 4
Definisjoner/begreper	side 4
Historiske tilbakeblikk	side 4
Personlig bakgrunn	side 6
Problemstillinger	side 6
Tidligere forskning	side 6
Materiale og metode:	side 7
Studier	side 7
Resultater:	side 8
Diskusjon:	side 13
Konklusjon:	side 17
Avslutning	side 17
Litteraturhenvisninger:	side 18

Jimi Hendrix: Manic Depression (1967) ¹

Manic depression is touching my soul
I know what I want but I just don't know
How to, go about gettin' it
Feeling sweet feeling,
Drops from my fingers, fingers
Manic depression is catchin' my soul

Woman so weary, the sweet cause in vain
You make love, you break love
It's all the same
When it's, when it's over, mama
Music, sweet music
I wish I could caress, caress, caress
Manic depression is a frustrating mess

Well, I think I'll go turn myself off,
And go on down
All the way down
Really ain't no use in me hanging around
In your kinda scene

Music, sweet music
I wish I could caress, caress, caress
Manic depression is a frustrating mess



English abstract:

Music's therapeutic effect on clinical depression

Background: Every fifth person will experience depression in their lifetime. World Health Organization ranks depression in fourth place of the ten diseases in the world that causes the greatest loss of life and quality of life.

Objectives: To establish whether music therapy has a positive effect in the treatment of depression. Subsequently, what kind of music is the most useful? What kind of music therapy provides the best results, participation or listening?
Who should supervise the music therapy? Trained music therapists or any health worker?

Method: Search the Cochrane Library and Medline with the keywords “music and depres*” to find all relevant studies published after the release of the Cochrane Review “Music therapy for depression.

Results: 29 search hits on clinical trials in Cochrane library. 15 published after the review, nine relevant to be examined for significance. Also two relevant hits on Medline. There is considerable variation in patient groups, control groups and intervention methods. A meta-analysis is not recommended.

Conclusions: The clinical trials are mainly divided in two groups. Both with positive results supporting the use of music therapy with depressions, one with and one without the significant evidence to secure the result. Despite the group of trials with sufficient statistical significance to provide an evidence base for practice, it is still a need for qualitative studies in the field of musical approaches to depression, especially to establish a more uniform and evidence based approach to receptive music therapy.

Innledning:

Fra forordet til helsedirektoratets publikasjon Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten: 2

”Forekomsten av depressive lidelser i befolkningen er høy, det er anslått at hver femte person i løpet av sitt liv vil oppleve depresjon. Verdens helseorganisasjon rangerer depresjon på en fjerdeplass over de ti lidelser i verden som medfører størst tap av livskvalitet og leveår. Analyser tyder på at depresjon er i ferd med å bli den ledende årsak til sykdom i den vestlige del av verden. Depresjon er også en sterk risikofaktor for å falle ut av inntektsgivende arbeid i kortere eller lengre tid, og en viktig medvirkende faktor til uførhet. Depressive lidelser har store personlige omkostninger for dem som rammes og for deres pårørende. I tillegg fører depresjon til store økonomiske og samfunnsmessige omkostninger, først og fremst i form av tapt produktivitet, tapte skatteinntekter og økte trygdeutgifter.”

Retningslinjene ble revidert i 2009, og skal således gjenspeile dagens situasjon og kunnskap mht behandling av depresjon i Norge. Hvilken behandlingstype som skal prøves først avhenger av depresjonens alvorlighetsgrad. For milde depresjoner anbefales rådgivning og psykologisk intervensjon med eventuell kortvarig kognitiv terapi. Antidepressiva skal ikke brukes ved milde depresjoner med mindre pasienten ikke responderer på øvrige tiltak. Ved moderate til alvorlige depresjoner sier retningslinjene at strukturert psykologisk behandling skal brukes som et supplement til eller alternativ for pasienter som ikke har respondert adekvat på antidepressiva. I det 111 sider lange dokumentet er ordet musikk nevnt kun én gang og da som en indirekte henvisning til at det finnes behandlingsformer som gjør bruk av musikk. 2

Definisjoner/begreper:

Depresjoner kjennetegnes av og utmåles etter mange ulike kriterier som fanges opp av en rekke ulike depresjonsratingsskalaer. Et eksempel er MADRS (Montgomery And Åsberg Depression Rating Scale) som rater synlig og opplevd tristhet, indre spenning, søvn, appetitt, konsentrasjonsvansker, initiativløshet, svekkede følelsesmessige reaksjoner, depressivt tankeinnhold og suicidal tanker.

Musikkterapi kan defineres som anvendelse av musikk og musikkaktiviteter ved fagpersoner med spesiell trening innen musikk for å oppnå individuelle ikke-musikalske mål for en klient eller gruppe. Musikkterapi har egen fagutdanning, og et økende antall musikkterapeuter er de senere år blitt ansatt ved sykehjem.

Musikkmedisin er blitt en etablert betegnelse på terapeutisk anvendelse av musikk innen helsevesenet, som primært blir utført av helsepersonell. Man bruker særlig ferdiginnspilt musikk for å oppnå reduksjon av symptomer som smerte, angst og depresjon.³

Det er mange varianter av musikkterapi, men de kan for enkelthets skyld deles inn i to hovedkategorier: Aktiv, hvor mennesker gjenskaper, improviserer eller komponerer musikk, og reseptiv, hvor de lytter til musikk.⁴

Historiske tilbakeblikk (for den spesielt interesserte):

Allerede i gresk klassisk tid, er det referanser til musikkens helende virkning. Et viktig begrep er harmonia, som i pytagoreisk tenkning var den kosmiske kraften som skaper enhet preget av orden og

skjønnhet. Himmellegemene svinger i den kosmiske orden i de samme naturlige proporsjoner som den hørbare musikken, en sfærenes musikk. I ethoslæren fra det 5. århundre f.Kr. ble de ulike toneartene tillagt helt spesielle egenskaper. Noen skalaer kunne berolige, andre kunne oppildne sinnet. På samme måte med instrumenetene. Noen virker beroligende på sinnet, andre egger til kamp og strid. Dette synet er også bygget inn i humoralpatologien. Her ble sykdom sett på som en ubalanse mellom de ulike kroppsvæsker eller temperament. Ulike musikktyper skulle skape balanse mellom kroppsvæskene og regulere temperamentet.⁵ Humoralpatologien var det rådende synet blant europeiske leger fram til moderne medisinvitenskapens gjennombrudd på 1800-tallet. Teologen, filosofen og legen Marsilio Ficino (1433-1499) var en velkjent og bekreftet supporter av bruken av musikkterapi mot melankoli-lidelser. I boka *De vita libri tres*, 1489, forsvarer han det synet at melankoli-pasienten i terapien selv må spille og, om mulig, komponere musikk. På denne måten ble musikk introdusert som et eksogent såvel som endogent botemiddel for å gjenopprette den harmoniske blandingen av de fire kroppsvæskene i humoralpatologien (gul galle, svart galle, slim og blod). Depresjon eller melankoli besto således av et overskudd svart galle (gresk, μελαγχολία - melancholia, betyr direkte oversatt svart galle). 6

I religiøs "musikkterapeutisk" sammenheng, gikk den tidlige tanken ut på at depresjon var forårsaket av demoner som kunne drives ut ved bruk av musikk. Da kunne løsningen like gjerne være kvantitet som musikkens kvalitet. Aulus Cornelius Celsus (25 f.Kr – 50 e.Kr) anbefalte i sin bok *De Medicina* å spille musikk og bruke lyd for å lindre depressive pasienters plager. Den klassiske historiske oppfattelsen lar seg kanskje best skildre i den bibelske fortellingen om David og Saul: "Herrens Ånd forlot Saul, og en ond ånd fra Herren skremte ham. Da sa Sauls menn til ham: «Vi ser at en ond ånd fra Gud skremmer deg. Si bare fra, herre, så skal dine tjenere som står her foran deg, finne en mann som kan spille på harpe. Når den onde ånd fra Gud kommer over deg, skal han spille; da letner det for deg.» Når så ånden fra Gud kom over Saul, tok David fram harpen og spilte på den. Da letnet det for Saul; han kjente seg bedre, og den onde ånden forlot ham." 7

Det var en allminnelig teologisk sannhet at Saul var plaget av en demon i sine depresjoner. Men det er interessant å merke seg de ulike synene som ble forfektet av reformasjonens to store fedre, John Calvin (1509 – 1564) og Martin Luther (1483 – 1546) angående musikkens rolle i Sauls helingsprosess. Calvin mente at troen på musikkens helbredende virkning var en typisk misforståelse tilhørende de profane mennesker. Han mente at de overså det faktum at Davids harpe kun var et ytre redskap og at lindringen av Sauls lidelse ble gitt av Gud selv. Luther, som selv var en stor tilhenger og utøver av musikk, og ei heller ukjent med depresjoner, vektla derimot musikkens iboende kraft og egenart. Han mente at historien om David og Saul sin primære hensikt, var å overbevise kristne om musikkterapiens verdi (Bordtaler, 1532). Luther hadde også en forkjærlighet for å snakke om, og til, djevelen snarere enn demoner. "Djevelen er en trist ånd (spiritus tristiae) og gjør mennesker triste, det er derfor han ikke kan tåle munterhet. Av denne grunn flykter han så langt vekk fra musik som mulig, og forblir ikke, spesielt når åndelige sanger synges. Dette er hvordan David med sin harpe, lindret Sauls anfall når djevelen plaget ham." 6

Etter at René Descartes (1596-1650) hadde introdusert tanken om et vesensskille mellom kropp og sjel i medisinsk vitenskap, var det flere leger fra tidlig 1700-tallet som begynte å fokusere på særegenhetene til den menneskelige psyke og sinn. I boka *The Connection of Music with Medical Science* fra 1745, ble Ernst Anton Nicolai (1722-1802) den første forfatter som ikke først og fremst fokuserte på det fysiske fenomenet musikkens lyd, men på de psykologiske reaksjonene som fulgte ved lytting til musikk. Han mente at den terapeutiske effekten i musikk skyldtes dens emosjonsfremmende impuls som ble overført til menneskets emosjonelle liv.

Jeg avslutter den historiske reisen med et strålende eksempel på 1700-tallets musikkterapi i møte med depresjoner. Historien om den mest berømte operasanger gjennom tidene, den italienske kastratsangeren Carlo Broschi Farinelli (1705-1782) og hans liv med to depressive pasienter i den spanske kongehuset. Kongehuset Bourbon led under en arvelig mental sykdom som uttrykte seg i

dype depresjoner og ofte en tidlig og komplett sinnssykdom. Philip V, barnebarn av Ludvig XIV, ble den første Bourbon å tiltre som Spanias konge. Han slet med depresjoner, og da hans sønn døde, sank han ned i fullkommen anhedoni. Kun én eneste ting, eller stemme, kunne påvirke ham i hans tilstand. Farinelli ble bragt til hoffet, sang sine arier, og vekket kongens affeksjon og livsglød. Philip V ble således i stand til å fungere på dagtid, men hver eneste kveld i ni år, fram til kongens død i 1746, måtte Farinelli synge sine vakre toner for å holde kongens uunngåelige svartsinn i sjakk. Deretter fulgte nye 14 år hvor Farinellis oppgave ved hoffet ble å synge og komponere for Philip V sin sønn og etterfølger, Ferdinand VI. Sønnen arvet kongedømmet, men også familiens forbannelse. Også han hadde stor nytte av Farinellis musikk i sin kamp mot depresjonen. Men da kongens kone døde i 1758, skole kongen inn i den fullstendige sinnssykdom og døde selv året etter. 6

Personlig bakgrunn:

Med utgangspunkt i min egen erfaring med musikk som stemningsmodulator i hverdagssammenheng og min forkjærlighet for musikk, ønsker jeg å belyse musikkens effekt i forhold til det deprimerede sinn. Jeg har over 3000 musikkalbum i LP-format og enda mer på CD hjemme i stua, og benytter enhver anledning til å høre på musikk. Selv om sjangeren for det meste er rock og pop fra 60-tallet og fram til i går, er jeg ofte svært selektiv når jeg velger musikken jeg skal høre på. Jeg trenger helt forskjellig modus i musikken om jeg skal trene versus vaske opp, og musikkvalget styres i tillegg av hvilken sinnsstemning jeg er i. Om jeg er trist og nedfor, sint, glad eller sliten, setter alt sitt preg på hva slags musikk som gir meg balanse i sjelen og ro i kroppen. Dette er opplevelser som alle friske mennesker med sans for musikk kan istemme ganske problemfritt. Det store spørsmålet i denne sammenhengen er derimot hvordan saken stiller seg for den syke, den som lider av en klinisk depresjon. Spesielt den reduserte evnen til å glede seg over ting som vanligvis gir glede, kan være et hinder for å ta til seg impulsene fra musikk. Likevel har musikk en iboende karakter som stemningsformidler også uavhengig av vår vilje til å åpne eller stenge for impulsene. Det er ikke tilfeldig at all film tillegges musikk hvor musikkens form og modus avgjør hvilken stemning scenen formidler. Hvor mye av dette filtreres vekk av det deprimerede sinn? Oppgaven er da tenkt å kunne gi noen svar på følgende:

Problemstillinger:

- Har musikk positiv effekt i behandlingen av depresjon?
- Hva slags musikk gir eventuelt best resultat mht depresjon? Klassisk eller rock?
- Hvilken betydning har lytterens personlige forhold til musikken?
- Hva slags metode gir best resultat? Aktiv utøvelse eller passiv lytting?
- Hvem kan lede musikkbehandling? Trenede musikkterapeuter eller alt helsepersonell?

Jeg vil komme tilbake til disse problemstillingene i diskusjonen og vurdere i hvilken grad det anførte materialet gir noen svar.

En problemstilling jeg velger å ikke komme inn på er: *Hvilken effekt har musikk på biokjemiske reaksjoner i ulike områder i hjernen? Med spesielt fokus på områder knyttet til depresjon.* Dette er belyst både i litteratur og forskning, men prioriteres bort i denne framstillingen hvor det istedet blir vektlagt målbare endringer av depressive symptomer.

Tidligere forskning:

Oppgaven vil basere seg på foretatte studier som presenteres under *resultater*.

Det er i tillegg gjort noen lignende oppgaver som denne: Mariya A. Ivannikova har utført en

hovedoppgave i musikkterapi ved Grieg Akademiet i Bergen. Hun tar i all hovedsak opp den sentrale Cochrane oversiktsartikkelen fra 2008⁸, som også denne oppgaven vil ta utgangspunkt i, og supplerer med to kasesbeskrivelser fra eget forskningsarbeid i Ukraina ca 10 år tilbake i tid. Temaet er musikkterapi for voksne med depresjon, ferdigstilt våren 2009.⁹

Anne Hagerup Larsen fullførte sin hovedoppgave i psykologi våren 2007 med tittelen: "Bruk av musikk som støttebehandling ved depresjon". Denne kom før oversiktsartikkelen fra 2008, men hun behandler hovedsaklig de samme kliniske forsøkene som oversiktsartikkelen bygger på.¹⁰

Materiale og metode:

Studier:

Selve ryggraden i denne oppgaven, er et søk i *the cochrane library* med søkeordene "music AND depres*" i tittelfeltet. "Depres*" gav treff på både *depression* og *depressed*. Dette søket gav 1 - ett - resultat i *Cochrane Database of Systematic Reviews*. I tillegg fikk jeg 29 treff på *Clinical Trials*. Av de totalt 29 treffene på *clinical trials* lå 14 tidsmessig innenfor tidsperioden for den systematiske oversikten. 12 av disse 14 treffene var vurdert i den aktuelle oversikten, fem var inkludert, fem var ekskludert og to var *studies awaiting assessment*, men ble referert til i oversiktsartikkelen. Som dobbeltkontroll for aktuelle studier, fortok jeg tilsvarende søk i *medline-basen* (søkeord: music AND depres* i Tittel). Dette gav 46 treff: 17 felles med *Cochrane*, 23 utenfor tema, inkludert 16 som ikke hadde endring i depresjon som effektmål, tre med andre pasientgrupper (demens og hjerneskade) og fire utilgjengelige (polsk '82 uten abstrakt, 1974, 1964 og 1962 alle uten abstrakt og ingen med sentral plass i litteraturen), ytterligere to var forstudier til studier som blir vurdert i denne oppgaven, to var anonyme og til slutt to aktuelle studier.

Det betyr at utgangspunkt for min oppgave vil bli oversiktsartikkelen fra *Cochrane*: *Music therapy for depression*⁸

Deres søk i ulike databaser gav 16 potensielle studier, hvorav kun fem ble inkludert. Søket ble foretatt i november 2006, og artikkelen er vurdert som "up-to-date" i november 2007. Fire inkluderte studier var randomiserte forsøk (Hanser 1994; Chen 1992; Zerhusen 1995; Hendricks 1999) og den femte var et kontrollert klinisk forsøk (Radulovic 1997).

Eksklusjonskriteriene i oversiktsartikkelen gikk på forsøk der deltakerne hadde depresjonsnivå pga en grunntilstand, enten ved skader/sykdom direkte i hjernen eller ved annen kronisk sykdom som førte til depresjonen. Ikke klinisk depresjon, ikke målt endringer på depresjon eller ikke bruk av musikkterapi.

Jeg ønsker å belyse musikkens virkning på klinisk depresjon, ikke kun musikkterapiens virkning. Jeg vil derfor referere til resultater også der trenede musikkterapeuter ikke deltar.

Dette kan illustreres med nyansene mellom begrepene musikkmedisin og musikkterapi.

Musikkmedisin er da en retning innen musikkterapi. Fagområdet musikkterapi fokuserer på relasjonen terapeut - klient. Musikkterapeutene bruker gjerne musikk som verktøy for å uttrykke klientens følelser, og å speile emosjonelt kaos, heller enn å sikte mot ren symptomlindring, slik at pasienten kan gjennomleve en psykotерапевтisk prosess. Musikkmedisin derimot, vil i større grad vektlegge musikkens evne til påvirkning av fysiologiske og psykologiske variabler. Her kan musikk også brukes som egenerapi, til ønskede biologiske virkninger, eksempelvis muskulær avspenning. For en deprimert pasient vil musikkens stemningsmodulerende virkning være sentral, i kontrast til en musikkterapeutisk intervensjon, som i større grad vil søke å arbeide psykotерапевтisk med problemstillingen.¹¹

På dette grunnlaget vurderte jeg de 15 nyeste treffene på *Clinical Trials* som er foretatt etter tidsperioden for oversiktsartikkelen (og også de 46 treffene i *Medline*). Min konklusjon var at seks forsøk ikke dekker problemstillingene i denne oppgaven og ekskluderes, mens ni forsøk inkluderes og siteres i denne oppgaven. I tillegg tilkommer de to ekstra, aktuelle forsøkene fra Medline-søket.

Det er foretatt et nytt interessant forsøk som ennå ikke er inkorporert i cochrane-databasen: *Individual music therapy for depression: randomised controlled trial*.¹² Denne vil også få sin plass.

Litteratur:

Jeg har søkt etter aktuell litteratur i *Bibsys – universitetsbiblioteket* med søkeordene *music AND depres**, samt forfulgt referanselitteratur via *clinical trials* fra Cochranesøket. Videre har jeg vært i kontakt med Even Ruud, professor ved Universitetet i Oslo og Norges musikkhøgskole og Audun Myskja, spesialist i allmennmedisin og nevrologisk musikkterapeut, for råd og tips mht litteraturvalg. Jeg har også her tildels fulgt opp videre litteraturhenvisninger i bøkene jeg har benyttet. Til slutt har jeg søkt igjennom *Tidsskrift for Den norske legeforening* etter aktuelle artikler.

Bibliografi/ Bøker som er lest i sin helhet som bakgrunn for temaet:

- | | |
|--------------------|--|
| Myskja, Audun: | Den musiske medisin: Lyd og musikk som terapi. Oslo, Cappelen 2003. |
| Myskja, Audun: | Den siste song. Bergen, Fagbokforlaget c2006. |
| Myskja, Audun: | På vei mot en integrert medisin. Bergen, Fagbokforlaget c2008. |
| Aasgaard, Trygve: | Musikk og helse. Oslo, Cappelen c2006. |
| Sacks, Oliver: | Musicophilia: Tales of music and the brain. New York, Alfred A. Knoph 2008 |
| Lieburg, M.J. van: | Depression and music: prelude to a historical theme. Rotterdam, Pharmad publishing c1989 |

Resultater:

Jeg vil her presentere forskningsresultatene i følgende orden: Oversiktsartikkelen vil innlede.⁸ Så følger den nyeste studien av Erkkilä, Punkanen m.fl.¹² Deretter kommer alle de aktuelle cochrane-studiene utgitt senere enn oversiktsartikkelen kronologisk med den nyeste først.¹³⁻²¹ Avslutningsvis anfører jeg de to aktuelle studiene som kom ut av søket i *Medline*.^{22,23} Materialet fra litteraturen vil bli beskrevet og benyttet i andre deler av denne oppgaven.

Music therapy for depression. Cochrane systematic review.⁸

Til tross for at musikk har spilt en rolle i behandlingen av depresjon i lang tid, var det først i 2003 at protokollen for denne oversiktsartikkelen ble publisert. I 2008 var det ferdige produktet klart med søk i aktuelle databaser ajorført fram til november 2006. I tillegg ble det foretatt kontrollsøk i CCDANCTR - *Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Controlled Trials Register* i november 2007. Grunnlaget for denne første oversikten over temaet, var behovet for å vurdere evidensgrunnlaget for en etterhvert relativt utstrakt praksis.

Forfatterne hadde et dobbelt siktemål: Å undersøke effekten av musikkterapi med standard behandling sammenlignet med standard behandling alene for pasienter med depresjon OG sammenligne musikkterapiens effekt med effekten av andre psykologiske og farmakologiske terapier. Alle randomiserte kontrollerte forsøk som dekket disse målene ble vurdert, og som jeg beskriver i metodekapittelet, stod de til slutt igjen med kun fem studier. På grunn av det lave antallet, og relativ

ulikheter i kriteriene mellom de enkelte studiene, var det ikke grunnlag for å sett opp en meta-analyse. Fire av de fem studiene konkluderte med større symptomreduksjon for depresjon blant musikkintervensjonsgruppene enn i kontrollgruppene, mens den femte som benyttet musikkterapi som en aktiv kontroll mot standardbehandling, rapporterte ingen signifikante forskjeller. Forfatterne konkluderer i oversiktsartikkelen med at musikkterapi er en akseptert terapiform blant pasienter med depresjon og assosiert med bedring i stemningsleie. Likevel er grunnlaget i studiene for smalt og uensartet, og med for lav metodologisk kvalitet til at det er mulig å bekrefte musikkterapiens effektivitet som behandlingsform ved depresjon. Til det kreves ytterligere studier av høy kvalitet. En av forfatterne i revisjonsgruppa, *Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group*, Christian Gold tok sin egen utfordring og deltok i en helt ny finsk studie:

Individual music therapy for depression: randomised controlled trial.¹² Prof. Dr. Christian Gold er forsker i ved GAMUT - Griegakademiets senter for musikkterapiforskning, hvor også Audun Myskja er tilknyttet.²⁴

Utgangspunktet for denne studien som ble publisert sent i 2010, var de nevnte svakhetene ved tidligere forskningsarbeid, samt at tidligere forskning for en stor del beskjeftiget seg med eldre og tildels demente pasienter. Deltakerne i studien var i arbeidsfør alder med en spredning fra 18 til 50 år. 79 personer ble randomisert til enten 20 sesjoner á 60 minutter fordelt på to ganger per uke med individuell musikkterapi i tillegg til standard behandling (33 stk), mens kontrollgruppa (46 stk) mottok kun standard behandling som besto av psykoterapi, antidepressiva og psykiatrisk veiledning. Hovedkriteriet for inklusjon var at deres primære diagnose var depresjon, enten F32 (depressiv episode) eller F33 (tilbakevendende depressiv lidelse) etter ICD-10. Blant flere mål, ble reduksjon i depressive symptomer målt med Montgomery–Aasberg Depression Rating Scale (MADRS). Den individuelle musikkterapien ble gjennomført av ti forskjellige musikkterapeuter. Musikkterapeuten hjelper deltakeren med å improvisere musikk på perkusjonsinstrumenter og trommer. Dette er forankret i en psykodynamisk tradisjon hvor det gjennom en veksling mellom fri musikalsk improvisasjon og diskusjon, legges opp til at tanker, bilder og følelser som oppstår behandles videre gjennom samtaler. Det ble i studien også kontrollert for at de ulike musikkterapeutene skulle fungere som en mulig konfunderende faktor, men endringene i resultatene var uavhengig av den enkelte terapeut. Resultatene viste at deltakerne i musikkterapigruppa hadde signifikant større forbedring i depresjonssymptomer målt med MADRS enn kontrollgruppa etter fullført behandlingsserie (tre måneder). Forfatterne konkluderer med at individuell musikkterapi kombinert med standard behandling, er effektivt mot depresjon i målgruppa. Resultatene fra denne studien, sammenholdt med tidligere forskning, indikerer at musikkterapi er et verdifullt supplement til etablert behandlingspraksis.

Den tidligere forskningen det her henvises til, ble ikke ansett som veldig nyttig opp til cochraneoversikten. Nå skal jeg presentere de aktuelle studiene som tidsmessig ligger i mellom cochraneoversikten og den finsk-norske studien fra i fjor i omvendt kronologi (publisert i årene 2010 – 2008).

A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia.¹³

Cross-over design hvor 47 deltakere ble randomisert til to grupper med sang og lytting til musikk spilt av to musikere som intervensjon, og lesegrupper som kontroll. Dette var tilstrekkelig til å sikre en statistisk styrke på 0.90. Deltakerne var institusjonaliserte geriatiske og demente pasienter i Australia. Første runde med aktivitet varte i åtte uker med gruppesesjoner på 40 minutter tre ganger per uke, dernest en pause på fem uker for å redusere mulig følge-effekt fra en intervensjonstype til neste før nye åtte uker hvor gruppene byttet aktivitet.

Ved å trekke ut effekten på depresjon kommer forfatterne til følgende konklusjon:

I sub-analysen av deltakerne som hadde skåre > 5 målt med Geriatric Depression Scale ($n = 12$), var det en signifikant og progressiv reduksjon i skåren innenfor intervensjonsperioden på åtte uker, mest for dem som deltok i musikk-sesjonene sammenlignet med lesegruppene. Dette uavhengig av rekkefølgen på gruppene, slik at det ikke skulle skyldes såkalt carry-over effekt. Det ble derimot ikke rapportert noen signifikant forskjell i reduksjon av depresjonsskår mellom musikkgruppa og kontrollgruppa. Konklusjonen ble derimot at funnene tyder på at BÅDE musikk og leseaktiviteter kan forbedre depresjon hos noen eldre pasienter med demens.

*Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial.*¹⁴

Hensikten med forsøket var primært å vurdere musikkens effekt på søvnkvalitet, men i tillegg målte de endringer i depresjonsskår.

42 eldre ble rekruttert fra et dagsenter for eldre i Hong Kong. De ble randomisert i to grupper hvor intervensjonen var å lytte til selvvalgt musikk i en avslappet situasjon i 30 minutter, mens kontrollgruppa hadde en 30 minutters hvil. Deretter ble ulike parametere målt. Dette ble gjort en gang per uke i fire uker.

I intervensjonsgruppa var det en signifikant reduksjon i geriatrisk depresjonsskår, mens det ikke var signifikant reduksjon i kontrollgruppa. Likevel var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene over denne 4-ukers perioden.

Forfatterne ender altså opp med den typiske konklusjonen mht musikk og depresjon: Det er ting som tyder på en positiv effekt, men det kreves større og lengre forsøk. I dette tilfelle var det få data, usikkert om det var musikken eller selve avslapningsprosedyren knyttet til lyttingen som gav resultatene, og personene som utførte forsøket var ikke musikkterapeuter.

*Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy.*¹⁵

79 pasienter i alderen 25-60 år med mild eller moderat depresjon, rekruttert ved en klinikk i Mexico, ble randomisert til en intervensjonsgruppe med musikkterapi 50 minutter pr dag i åtte uker, eller til kontrollgruppe basert på psykoterapi. Etter åtte uker hadde musikkterapigruppa mindre depressive symptomer enn psykoterapigruppa, målt med the Beck Depression Inventory. Dette framkom statistisk signifikant med Friedman test (p -verdi = 0.0356). I rene tall viste resultatene at 29 av de 33 (ved oppstart 41) som fullførte musikkterapi hadde redusert depresjonsnivå, mens de tilsvarende tallene for psykoterapi var 12 av 28 (ved oppstart 38.) Musikkterapigruppa ble eksponert for et utvalg av barokk og klassisk musikk. Lytteseansene ble overvåket av en psykolog, men ingen trenede musikkterapeuter.

I sin diskusjon trekker forfatterne fram musikkens evne til å øke dopaminerg neurotransmisjon, og at bl.a disse neuropeptidene er involvert i produksjonen av behagelige responser i hjernen som øker positive følelser og minker depressive tilstander.

*Receptive music therapy for the treatment of depression: a proof-of-concept study and prospective controlled clinical trial of efficacy.*¹⁶

Denne pilotstudien fra Østerrike, refererer til oversiktsartikkelen fra Cochrane og peker på at den kun fant å kunne bruke fem av 16 potensielt aktuelle studier. Bare én av disse fem ba deltakerne lytte individuelt til musikk kontra gruppesesjoner. Forfatterne av denne studien hevder at deres studie representerer den største studien per dato, og den eneste kontrollerte studien som undersøker effekten av audioprogrammer uten tillegg av lederstyrt setting eller avslapningsteknikker.

Studiedesignet består av randomisering av 203 deltakere over 18 år til fire armer: musikkterapi 1 (MT1), musikkterapi 2 (MT2), placebo (naturlyer) og en venteliste-kontrollgruppe. Deltakerne ble rekruttert gjennom media og leger og ble screenet online ved bruk av the Goldberg Depression Questionnaire (skår mellom 15-65 kvalifiserte til studien). Det ble benyttet fire påfølgende femukers studieperioder, men resultatene i denne studien baserer seg kun på den første perioden. Depresjonsstatus ble bestemt før og etter tidsperioden ved hjelp av tre ulike skalaer. To av skalaene gav MT1 og alle tre skalaene gav MT2 signifikante forbedrede mål mht depresjon, mens placebo ikke hadde signifikant bedring på noen av de tre skalaene ($p\text{-verdi} \leq 0.05$). Da resultatene fra alle tre skalaene ble slått i sammen, var det kun MT1 som ble angitt med bedring i depresjonsskår med statistisk signifikante verdier. MT1 benyttet nykomponert polyfon moderne musikk mens MT2 bestod av klassisk musikk. Deltakerne lyttet 30 minutter to ganger daglig. Forfatterne konkluderer i denne pilotundersøkelsen med at *receptive music therapy* dvs at pasienten kun lytter, viser seg å være assosiert med reduserte depressive symptomer og høy behandlingsetterlevelse, og kan derfor representere en effektiv behandling mot depresjon, alene eller i kombinasjon med psykososiale og farmakologiske tilnærminger.

*Effect of Indian classical music on quality of sleep in depressed patients: A randomized controlled trial.*¹⁷

En pilotstudie som vil teste bruk av søvninduserende musikk målt mot hypnotisk medikasjon. Ved siden av søvnkvalitet, ble det også foretatt målinger på depresjonsskår med MADRS. Forsøket bestod av 50 personer mellom 21 og 51 år, diagnostisert med alvorlig depressiv lidelse etter DSM-IV, som ble fordelt i de to gruppene. Musikkgruppa lyttet til klassisk indisk musikk (raagas), mens kontrollgruppa fikk gjennomsnittlig dose Diazepam = 7 mg og Chlordiazepoxide = 10 mg. MADRS-skår bedres med klassisk indisk musikk på lik linje med hypnotisk meditasjon og virkningen vedvarte utover behandlingsperioden. Da effekten av musikkmedisinen kunne sammenlignes med effekten av hypnotisk medikasjon, kunne det være et nyttig supplement i behandlingen (først og fremst ved søvnvansker).

*Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults.*¹⁸

Dette var en studie mye lik studien utført av samme mannskap og publisert et år senere (presentert tidligere i oppgaven). 47 gamle mennesker i Hong Kong randomisert til enten 30 minutter lytting til selvvalgt musikk ut fra fire definerte musikktyper enkeltvis og monitorert eller en tilsvarende hvileperiode. Data ble så samlet inn fra begge gruppene ukentlig over fire uker. Metoden er identisk med nevnte studie, men resultatene noe forskjellig. Ved hjelp av Mann–Whitney *U*-test ble det påvist statistisk signifikant lavere depresjons-skår i intervensjonsgruppa sammenlignet med kontrollgruppa ved målingene foretatt i uke 3 og i 4 ($p \leq 0.001$). Videre ble det ved hjelp av Friedman test påvist en statistisk signifikant økning i depresjons-skår i uke 4 sammenlignet med base-line i kontrollgruppa ($P = 0.007$), mens det tilsvarende forholdet i intervensjonsgruppa var en statistisk signifikant nedgang i depresjons-skår ($P = 0.001$).

Dette er positive tall til støtte for musikk som behandling mot depresjon. Musikkgruppa fikk verdier som førte dem over fra mild depresjon til normale verdier.

*Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study.*¹⁹

30 deltakere ble i denne franske studien, randomisert til intervensjonsgruppe med individuell lytting til selvvalgt musikk i 20 minutters intervall en gang per uke, eller kontrollgruppe med lesesjesjoner bygget opp på samme måte. Musikken ble spilt i en såkalt "U sequence", hvor intensitet mht rytme og antall orkestrale instrumenter starter høyt, reduseres mot avslapningsnivå for så å øke på igjen mot slutten av sekvensen. Endringer i depresjonsskår ble målt i uke en, fire, åtte, 16 og 24 ved hjelp av Geriatric Depression Scale.

Statistisk signifikant reduksjon i depresjonsnivå ble observert fra uke fire til uke 16 i musikkterapigruppen. Utgangsskåren for depresjon var også signifikant høyere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen, slik at det var større rom for reduksjon. Likevel var skåren ved 16 uker lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen, som ikke hadde signifikante endringer i depresjonsskår. Forfatterne konkluderer med at denne studien bekrefter reseptiv musikkterapi sin effekt mht bl.a. depresjon, og er derfor en metode som bidrar til behandlingen av depressivt syndrom hos pasienter med alzheimers sykdom.

*Effects of group music intervention on depression, anxiety, and relationships in psychiatric patients: a pilot study.*²⁰

Dette var en pilotstudie som skulle teste effekten av musikkterapi på bl.a depresjonsnivået hos psykiatriske pasienter. 26 pasienter i et sørkoreansk psykiatrisk sykehus ble ikke-randomisert fordelt til musikkterapi eller kontrollgruppe uten spesiell tilleggsbehandling. Musikkintervensjonsgruppen fikk 60 minutters musikkterapi, ledet av musikkterapeuter; en til to ganger pr uke, totalt 15 ganger. Resultatet ble målt med tre ulike depresjonsskalaer. Etter 15 sesjoner viste musikkterapigruppen signifikant forbedring av alle målte parametre, inkludert depresjonsnivå sammenlignet med kontrollgruppen ($p < 0.001$).

Her er det opplagte usikkerhetsmomenter mht ikke-randomisering og studiens lave deltakerantall (noe forfatterne selv peker på), men de konkluderer med at resultatene like fullt tyder på at musikk kan bedre depresjonssymptomer hos psykiatriske pasienter.

*The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial.*²¹

Dette er protokollen til den finske studien som nylig ble avsluttet og er presentert i denne oppgaven.¹²

Følgende seks clinical trials fra søket i Cochrane databaser er ekskludert fra vurdering i denne oppgaven:

*Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography.*²⁵

[Selective serotonin reuptake inhibitors plus music therapy for moderate or severe burn patients: depressive emotion and serum inflammatory factors].²⁶

*Effect of music on power, pain, depression and disability.*²⁷

*Effects of music therapy on pain, discomfort, and depression for patients with leg fractures.*²⁸

*Instrumental and vocal music effects on EEG and EKG in neonates of depressed and non-depressed mothers.*²⁹

*[The effect of music therapy on anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis].*³⁰

Disse studiene tester musikkterapiens effekt hos pasienter med henholdsvis hjertesykdom, brannskader, kronisk ikke-maligne smerter, leggfrakturer og i hemodialyse, som av den grunn bl.a. har periodiske depressive symptomer, men ikke lider av depresjon per se. For én studie vurderes ikke musikkterapi i forhold til depressive pasienter, men barn av depressive pasienter. Studien angir positive resultater av musikkterapi på alle målte parametre, inkludert depresjonsnivå, men de baserer seg på spesielle pasientgrupper med somatiske sykdommer som årsak til depressive symptomer og gir derfor ikke direkte svar mht behandling av klinisk depresjon.

To ekstra studier fra Medline-søket:

*Effects of music on major depression in psychiatric inpatients.*²²

Studien testet bruk av såkalt "soft music" ovenfor en gruppe med alvorlig deprimerte pasienter (18 - 73 år) på Taiwan. 54 pasientene ble skåret med Zung's Depression Scale og fordelt slik: De første 27 i kontrollgruppa, de neste 27 i intervensjonsgruppa som besto av to ukers lytting til seks ulike typer selvvalgt CD-musikk. Begge gruppene mottok tilsvarende antidepressiva. De ble så skåret igjen etter en uke og etter to uker. Musikklyttingen resulterte i signifikant bedre depresjonsskår i forhold til kontrollgruppa ($p < 0.01$) både etter uke en og uke to, med en gradvis forbedring fra uke en til uke to. Variansanalyse viste ingen signifikant forskjell mellom musikktypene. Konklusjonen ble at resultatene gav empirisk grunnlag for å la de psykiatriske sykepleierne benytte "soft music" ovenfor deprimerte pasienter.

*[Effect of music on depressed patients].*²³

I denne undersøkelsen ble det registrert bedring i tilstanden hos depressive pasienter ved spill av wienervalser og rolige pianokonsserter av Mozart, men motstridende reaksjoner fremkom ved bruk av andre musikkformer. Ingen signifikans rapporteres og ingen tall å forholde seg til. Forfatterne konkluderer med at resultatene er oppmuntrende med hensyn til anvendelse av passende musikk i gruppeterapi ved rehabilitering av disse pasientene. Noe vanskelig å trekke endelige slutninger av denne undersøkelsen, og kanskje ikke tilfeldig at den ikke er videre sitert i senere arbeid.

Diskusjon:

Selv om det var stor optimisme med hensyn til musikkterapi i behandlingen av depressive pasienter rundt 1800, dukket det etterhvert opp kritiske røster. Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840) skriver i sin bok *Des maladies mentales (On Mental Illnesses)* fra 1838, "Jeg har ofte benyttet musikk, men kun veldig sjeldent oppnådde jeg positive resultater med dette medium. Den passiviserer tanken, men den helbreder ikke." Han nevner et par eksempler hvor mentalt syke pasienter ble voldelige som følge av musikk. En fordi han mente alle tonene var falske og en annen som mente det var forferdelig å skulle glede seg over musikk foran en så ulykkelig mann som ham selv. Esquirol mente at forfatterne av klassisk medisin hadde overvurdert den kurative effekten av musikk, blant mange andre ting.

Likevel viste Esquirol at han på dette feltet på mange måter hadde kommet like langt som dagens medisiner i erkjennelse og kunnskap. Han mente at litteraturen tilbød utilstrekkelig med faktabasert informasjon til å endelig avgjøre verdien av musikkterapi, og under hvilke forhold som den kunne være nyttig. Videre mente Esquirol at suksess kun kunne oppnås med musikk hvis det ble benyttet et begrenset antall instrumenter, musikerne ble plassert utenfor pasientenes synsfelt og pasientene ble møtt med musikkstykker kjent for dem fra ungdommen eller som før sykdommens inntreden hadde vært knyttet til positive opplevelser.⁶ Til tross for at dette er skrevet i 1838, kunne det godt ha stått som en brukbar oppsummering av forskning og erfaring i 170 år senere, nemlig tiden for oversiktsartikkelen *Music therapy for depression*.⁸

Hans personlige erfaring bygde bl.a. på et vitenskapelig forsøk han gjennomførte i 1824 og 1825 ved sin klinikk i Frankrike. Han ønsket å undersøke musikkens effekt på psykiatriske pasienter. 80 mentalt syke kvinnelige pasienter noen i rekonvalesens, både maniske og flere med depresjoner. De deltok i lyttesesjoner med musikere i naborommet. Musikerne spilte og sang ulike stykker med en variasjon i tonearter og tempo, samt variasjon i antall og typer av instrumenter. Pasientene fikk vekket sin oppmerksomhet, ansiktene lyste opp, noen gråt, øynene klarnet opp, men alle forble rolige. På tross av disse effektene følte Esquirol seg tvunget til å konkludere med at forsøket ikke kunne kalles vellykket da ikke én eneste av pasientene hadde blitt kurert for sin sykdom, ei heller hadde noen blitt bedre i sin tilstand. Likevel ville han ikke avvise musikkterapien som sådan, selv om den ikke hadde kurativ effekt. Den kunne i det minste tjene til å distrahere pasientene slik at de fikk lindring i sin lidelse da spesielt pasientene i rekonvalesens. Dette mente han, var grunn god nok til å ikke avvise denne behandlingen.⁶

Esquirols konklusjon har dermed stått seg godt. Både Cochraneoversikten og de to tidligere hovedoppgavene utført ved UiB, konkluderer også med at det er for små studier, ujevn metodisk kvalitet og for lite sammenlignbare resultater til å kunne konkludere evidensbasert at musikkterapi har signifikant nytteverdi i behandlingen av depresjon. Planen for Cochraneoversikten var egentlig å gjennomføre en meta-analyse som en del av arbeidet. Dette viste seg umulig da de ikke lyktes i å få ut tilstrekkelig statistisk underlagsmateriale fra de studieansvarlige for de fem inkluderte studiene. I tillegg var de for ulike i metodene. De ville nok fått problem med å sette opp en fullgod meta-analyse også i 2011.

Den første og grunnleggende problemstillingen er om musikk har en positiv effekt i behandlingen av depresjon?

De elleve studiene som er kommet til etter cochrane-oversiktsartikkelen, er som tidligere studier, relativt ensidig positive til musikkintervensjon som behandling for depresjon. De kan alle smykke seg med begrepet *signifikant* i sammendragene og konklusjonene sine. Utover dette blir det større variasjoner. Den eldste studien har jeg kun abstraktet til, og der er det lite opplysninger.²³ Derfor vil denne oppsummeringen bestå av ti studier.^{12-20,22}

Fire av studiene omhandler gamle mennesker,^{13,14,18,19} to av dem også demente.^{13,19} I seks av studiene er deltakerne spredt i arbeidsfør alder.^{12,15-17,20,22} Det var en kritikk som ble reist i cochrane-oversiktsartikkelen at de fleste studier tok for seg eldre og ofte demente pasienter. Det er sikkert bl.a. en praktisk årsak til dét. Det er en behandlingsgruppe som er lett å forholde seg til.

Studiedeltakerne er ofte samlet ved en institusjon eller dagsenter, og de eldre har tid. I tillegg utviser de ofte depressive symptomer målbare med ulike ratingskalaer. Men det behøver ikke være kun praktiske grunner. Audun Myskja, spesialist i allmennmedisin og nevrologisk musikkterapeut, har arbeidet i mange år med temaet musikk i medisinen og har for dette vunnet Den Norske Lægeforenings kvalitetspris. Han trekker fram geriatrien som det medisinske området med det største potensialet for en terapeutisk bruk av musikken. Han belyser dette bl.a med en undersøkelse i Florida, fortatt av University of Southern California, hvor en stor gruppe eldre fikk musikktimer gjennom 50 uker. Målt i forhold til en kontrollgruppe, hadde denne gruppa betydelig lavere forekomst av bl.a symptomer på depresjon. Han trekker også fram erfaring som viser at en stor del av tilsynelatende sløvhets og degenerasjon på alders- og sykehjem, skyldes understimulering og feilstimulering. Der hvor tv gir en passivisering, er musikk en kilde til aktivisering av mennesket.³¹ Ser

vi derimot på studiene, er det lite som tyder på at musikkterapi i ulike former, skulle ha en dårligere effekt for dem under pensjonsalder. Trekker vi inn gjennomførbarhet, både mht pasienter, lokaliteter og behandlere, er det likevel sannsynlig at spesielt institusjonaliserte eldre vil kunne nytte seg musikkens effekter i særlig grad.

Depresjonsgraden i studiene varierer fra nærmest neglisjerbar til alvorlig og sterkt pleietrengende, men de fleste gjelder milde til moderate lidelser. Også de to studiene som omhandler alvorlig deprimerte, samt en studie med pasienter med ulike psykiske grunnlidelser, kan fremvise signifikante resultater til fordel for musikkintervensjon.^{17,20,22}

Så til selve signifikansproblematikken. Ønsket om å få fram et positivt resultat, vil ofte føre til at fremstillingen av studiene blir vinklet mot det eller de funnene som vi ønsker oss. Det er også meget sannsynlig at de som beskjeftiger seg med musikkterapi av ulikt slag, er genuint opptatt av både musikk og medisin. Når en studie har flere sjekkpunkter for effekt, øker sjansen for å oppnå en signifikant forskjell ved et av målepunktene. Det er også slik i noen av disse studiene at depresjon ikke er den eneste og kanskje heller ikke den viktigste parameteren. I en studie ble det konkludert med en signifikant og progressiv reduksjon i depresjonsskåren i en subgruppe ved musikkintervensjon. Det var derimot ingen signifikant forskjell i reduksjon av depresjonsskår mellom musikkgruppa og kontrollgruppa. Konklusjonen ble da såpass vag som at funnene tyder på at både musikk og leseaktiviteter kan forbedre depresjon hos noen eldre pasienter med demens.¹³ Noe tilsvarende i en studie som konkluderte med signifikant reduksjon i depresjonsskår ved én av fire målepunkter, men heller ikke der noen signifikant reduksjon målt mot kontrollgruppen som besto av hvile tilsvarende tiden for musikkintervensjon. Et annet poeng med denne studien var at kontrollgruppa allerede hadde normal depresjonsskår ved oppstart, mao ingen mulighet til forbedring. Intervensjonsgruppa hadde milde depressive symptomer, og dermed liten mulighet til forbedring. Dvs at dette var ingen deprimert gruppe, kun allminnelig gamle mennesker.¹⁴ En studie målte effekten av musikk i forhold til etablert praksis. Da var målet å ikke få signifikant forskjell mellom gruppene. Musikkterapi kom da positivt ut ved at den gav like stor reduksjon i depresjonsskår som bruk av hypnotika. Problemet her er at primærparameteren var søvnkvalitet, og at depresjonsmålet var en tilleggsparemeter, men konklusjonen var positiv.¹⁷ En pilotstudie tok for seg psykiatriske inne-pasienter og oppnådde signifikant forbedring av alle målte parametre, inkludert depresjonsnivå sammenlignet med kontrollgruppa ($p < 0.001$). Her var det opplagte usikkerhetsmomenter mht ikke-randomisering og studiens lave deltakerantall (noe forfatterne selv peker på), men de konkluderer med at resultatene like fullt tyder på at musikk kan bedre depresjonssymptomer hos psykiatriske pasienter.²⁰ De burde kanskje skrevet: hos utvalgte psykiatriske pasienter. Det er stor sannsynlighet for at de har valgt ut de pasientene de har størst tro på at skal kunne nytte seg behandlingen. Spesielt da de har ulike diagnoser. Dermed er det mulig at det også er de pasientene som med størst sannsynlighet ville blitt bedre uansett. En prospektiv studie oppnådde halveis resultater i det at den benyttet seg av to musikkterapi grupper med ulik musikk, hvor den ene oppnådde signifikante forbedringer, mens den andre ikke gjorde det, målt mot kontrollgruppe uten behandling. Dette kunne vært et spennende utgangspunkt til å vurdere hvilken type musikk som er den beste, men jeg oppfatter de oppsatte resultatene presentert med p-verdier, som noe forvirrende. Det er for meg vanskelig å forstå at MT1 som har signifikante resultater på to av tre skalaer ($p=0.013$, $p=0.014$ og $p=0.361$) ender opp med statistisk signifikant forbedret depresjonsskår når alle tre skalaene slås sammen ($p=0.030$), mens MT2 som har signifikante resultater på alle tre skalaene ($p=0.031$, $p=0.030$ og $p=0.024$), ender opp med ikke signifikans når resultatene slås sammen ($p=0.059$).¹⁶ Jeg våger ikke å konkludere med noe her. De øvrige fem studiene har alle oppnådd signifikant bedring i depresjonsskår målt mot kontrollgruppe. Kontrollgruppene besto av; psykoterapi gruppe,¹⁵ hvile,¹⁸ lesegruppe,¹⁹ kun antidepressiva (mot musikkterapi og antidepressiva)²² og standardbehandling (mot musikkterapi og standardbehandling).¹² Alle disse resultatene ble underbygget med p-verdier og ulike statistiske testmetoder.

En samlet konklusjon på hovedspørsmålet blir da at studiematerialet fordeler seg grovt sett i to grupper: De som kan vise til positive resultater ved bruk av musikkterapi mot depresjon, men mangler signifikans i hovedmålingene pga utvalgsstørrelse, metodisk svakhet, eller fordi musikkterapien ikke har effekt utover de resultatene de har fått. Den andre gruppen består av studier som kan vise til signifikant effekt ved bruk av musikk ovenfor depresjoner, også målt i forhold til kontrollgruppene.

Felles for dem begge, er at ingen av dem frembringer resultater som taler *mot* musikkens effekt og nytte. Hadde de inkonklusive studiene vært mer ensartede, hadde det også vært mulig å gjennomføre en meta-analyse som kunne ha bragt dem i fellesskap opp til signifikans. Alle studiene peker i større eller mindre (signifikant) grad mot den samme konklusjonen. Nemlig den vi kan hente fra den per dato nyeste (finsk-norske) studien: Resultatene fra denne studien, sammenholdt med tidligere forskning, indikerer at musikkterapi er et verdifullt supplement til etablert behandlingspraksis.¹²

De øvrige problemstillingene skissert i denne oppgaven, blir sekundære til hovedspørsmålet jeg har forsøkt å besvare. På tross av noe sparsomt med grunnlag, skal jeg prøve å trekke ut noen momenter for å belyse de ulike underspørsmålene.

Hva slags musikk gir eventuelt best resultat mht depresjon? Klassisk eller rock?

BBC radio station 6 Music, hadde for noen år tilbake en undersøkelse på hvilken sang folk lytter til når de er deprimerte, *The Songs That Saved Your Life*. Spørreundersøkelsen som hadde flere tusen deltakere, var en del av en spesialserie hvor radiostasjonen undersøkte hvilken effekt musikk hadde på menneskers sinnsstemning og sammenhengen mellom psykisk helse og musikk. Listen ble toppet av The Smiths – *I Know It's Over*. Andre sanger fra topp ti: #3: REM - *Everybody Hurts*, #7: Pink Floyd - *Comfortably Numb*, #8: Kate Bush and Peter Gabriel - *Don't Give Up* og #10: The Beatles - *Good Day Sunshine*.³² Med andre ord både triste, glade, trøstende og resignerte sanger hentes fram når folk føler seg nede.

Når det kommer til musikkmedisin og lytting, baserer studiematerialet seg på klassisk musikk,¹⁵⁻¹⁷ men også rolig stemningsfull musikk blir brukt.²² Dette kan delvis belyses med en annen problemstilling: Hvilken betydning har lytterens personlige forhold til musikken? Bruk av klassisk musikk og "soft music" gjenspeiler ofte preferansene til studienes deltakere, nemlig eldre mennesker. Flere av studiene legger opp til at deltakerne selv skal få velge sin favorittmusikk (ut fra forhåndsvalgene til studielederne).^{14,18,19,22} Det er ikke mulig å se noe mønster i resultatene basert på distingsjonen klassisk/populærmusikk. Morgendagens eldre vil ha andre musikkpreferanser. Vil det da bli musikkterapi med "Classic Rock" som vil gi størst effekt. Det er blitt hevdet at rock med sin synkopering fremmer agitasjon og uro, men hva med rockeballadene? Kanskje *Stairway to heaven* av Led Zeppelin (1971), *Love hurts* av Nazareth (1975) eller *Don't worry, be happy* av Bobby McFerrin (1988) blir deler av fremtidens musikkterapi-verktøykasse?

De to siste problemstillingene henger sammen:

Hva slags metode gir best resultat, aktiv utøvelse eller passiv lytting?

Og hvem kan lede musikkbehandlingen, trenede musikkterapeuter eller alt helsepersonell?

I disse ti studiene er det kun to som blir ledet av musikkterapeuter og som benytter en aktiv metode.^{12,20} De øvrige består av forhåndsinnspilt musikk hvor vekten ligger på musikken og ikke på terapeuten. Metoden er reseptiv, og det legges ikke opp til å bearbeide følelser og reaksjoner som måtte komme opp i prosessen. Unntaket er en studie som benytter levende musikk fremført av to musikere hvor det er både lyttesekvenser og allsang i gruppe.¹³ Ellers benytter de fleste studiene seg av individuell musikkterapi framfor gruppeterapi.

Hans Petter Sollie fremmer det synet at bruk av musikk i behandlingsøyemed ikke bør være forbeholdt musikkterapeuter. Musikk kan være en meningsfull tilnærming for alle som arbeider med pasientene. Likevel pekes det på at musikk ikke alltid er en behandling uten bivirkninger. Her nevnes

spesielt dypt deprimerte som en gruppe som, sammen med hallusinerte og psykotiske pasienter, kan oppleve å bli dårligere i møtet med musikk.³³

På spørsmålet om hva som virker best av levende eller ferdig innspilt musikk, ble det anledning til å måle effektendringer den høsten kulturleder Anders Rogg hadde permisjon fra sin institusjon hvor han spiller på hver av postene en 45-60 minutters musikkstund to ganger per uke og i tillegg arrangerer konserter. Høsten 2003 ble dette erstattet med ferdiginnspilte sanger i de samme periodene to ganger i uka. Det ble fortsatt målinger i forhold til kognitivt nivå, agitasjon/uro og depresjon. Mens det ikke var målbare endringer i de to første kategoriene, ble det målt signifikant bedring i deprejonsnivå målt med MADRS, etter at kulturleder hadde gjenopptatt sin virksomhet i forhold til cdspiller-perioden. Da det ikke var noen form for kontrollgruppe, er sannsynligheten for en ikke ubetydelig "Hawthorne-effekt" (å vite at man blir studert, påvirker utfallet) absolutt til stede, noe forfatterne selv påpeker. Likevel mener de at resultatene av denne uformelle pilotstudien viser så lovende resultater at det anbefales et forskningsprosjekt på temaet.³⁴

Videre på temaet "Musikkterapeutiske teknikker" hevder forfatterne at individualisert musikk eller musikkterapi på en-til-en-basis eller i små grupper, vil være bedre egnet til å forebygge depresjon enn sang i større grupper. Det vises til erfaringer i tidligere prosjekter og faglitteraturen, men uten direkte henvisninger.³⁴

Konklusjon:

Musikkterapi i ulike former og spesielt reseptiv musikkterapi eller musikkmedisin, er tilgjengelige og relativt enkle behandlingsmetoder, som kan representere et nyttig supplement til etablert behandling mot depresjon. Forskning tyder på en positiv og signifikant effekt, med lav risiko for negative bivirkninger. Det synes også å være en kostnadseffektiv behandling, men det mangler kostnadsanalyser. Likevel er det fremdeles et behov for kvalitative studier på feltet musikk og depresjon. Musikkterapi som ledd i en avansert psykoterapeutisk tilnærming, er en innarbeidet disiplin. Det vil være nyttig å systematisere og standardisere den enklere formen, musikkmedisin, hvor tilgjengeligheten vil øke for både deltaker og behandler. Veiledning til positiv bruk av musikk, kan også åpne for egenerapi og forebygging. Videre forskning bør fokusere på metode, for å ta de positive resultatene et skritt videre. I studiematerialet varierte lyttesekvensene fra 20 minutter én gang i uka, til 30 minutter to ganger per dag. Det må være mulig å frembringe kunnskap for å optimalisere metodene. Videre bør det være interessant å forske mer på bruken av musikk kjent for brukeren. Det kan være nøkkelen til å nå inn til både dypt deprimerte og pasienter med andre psykiske lidelser.

Audun Myskja tar denne problemstillingen et skritt videre når han problematiserer selve forskningsmetodene som benyttes. Han peker på vanskene med å finne adekvate forskningsdesign som på den ene siden fanger opp behandlingsformens egenart og resultater, og på den annen side tilfredsstiller den etablerte medisinske syn på gyldig dokumentasjon. Hans løsningsforslag er at det kanskje må utvikles målemetoder som bedre kan fange opp det som ligger i "energi"-begrepet. Han mener at en blanding av anerkjente kvantitative og kvalitative metoder nok er den beste tilnærmingen vi har per i dag, men peker på at det må legges større vekt på menneskers egenopplevelse.³⁵

Avslutning:

I en lesbar bok med det velklingende navnet *Musicophilia*, tar Oliver Sacks oss med på en reise i små historier fra eget og andres liv. I kapittelet *Klagesangene: Musikk og depresjon* beskriver han levende eksempler med dyp sorg og fastlåste depresjoner som brått og uventet blir løst opp når

vedkommende møter musikk. Det er ikke snakk om vedvarende terapi, men som en plutselig oppvåkning i møtet med musikk fra en radio, en gatesanger, en konsert osv. Dette kan skje etter uker hvor musikk som sådan har fortonet seg like flatt og meningsløst som alt annet, og hvor det er en spesiell sang eller musikkstykke som plutselig når inn i sjelen til den deprimerte. Noen av personene han beskriver, inkludert seg selv, opplever en reaktiv depresjon etter et tap, mens andre igjen opplever mer kliniske endogene depresjoner. John Stuart Mill opplevde i sine tunge stunder at bare munter musikk kunne gi ham glede. Den kjente amerikanske forfatteren William Styron, forteller i sine memoarer "Darkness Visible" om en natt han var på selvmordets rand av sin depresjon. Han så på en film som hadde en musikalsk passasje fra Brahms Alto Rhapsody. Styron beskriver at etter måneder med komplett ufølsomhet overfor musikk, stakk lyden fra dette stykket ham i hjertet som en dolk, og all glede han hadde opplevd i huset flommet over ham.

Sacks refererer så til noen egne, personlige opplevelser av musikken som en dolk som stikker i hjertet og åpner opp for de stengte følelsene. Både ved tapet av sin tante og senere ved sin mors bortgang, ble det musikken som bragte ham tilbake. Han beskriver at mens John Stuart Mill i sine depresjoner trengte oppmuntrende musikk, så hadde forfatteren selv og andre med sorg og tapsopplevelser, nytte av klagesanger og requiem (musikk komponert for bruk i en dødsmesse) i sin oppvåkning. Kapittelet avsluttes slik:

"And there is, finally, a deep and mysterious paradox here, for while such music makes one experience pain and grief more intensely, it brings solace and consolation at the same time."

Litteraturhenvisninger:

1. Lyrics from: http://www.lyricsmode.com/lyrics/j/jimi_hendrix/manic_depression.html
2. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00134/Nasjonale_retningsl_134229a.pdf
3. Myskja, Audun: Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2005;125(11):1497-9.
4. Bruscia, Kenneth E. *Defining Music Therapy*. 2nd ed. Barcelona Publishers; 1998
5. Trondalen, Gro: Musikkterapi. In: Aasgaard, Trygve, editor: *Musikk og helse*. Oslo: Cappelen; c2006. p. 58-74
6. Lieburg, M.J. van: *Depression and music - prelude to a historical theme*. Rotterdam: Pharmad publishing; c1989
7. Første Samuelsbok 16: 14-16,23
8. Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M: Music therapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD004517. DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub2.
9. Ivannikova, Mariya A. And what about well-being? A controlled study and two cases from short time music therapy for adults with depression. Master thesis in music therapy. University of Bergen, Grieg Academy; 2002 spring
10. Larsen, Anne Hagerup. Bruk av musikk i støttebehandling av depresjon. Hovedoppgave i psykologi. Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet; 2007 vår
11. Myskja A, Lindbæk M: Hvordan virker musikk på menneskekroppen? *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2000;120(10):1182-5
12. Jaakko Erkkilä , Marko Punkanen, Jörg Fachner, Esa Ala-Ruona, Inga Pöntiö, Mari Tervaniemi, Mauno Vanhala and Christian Gold: Individual music therapy for depression: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 2010 Nov;1-8. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085431
13. Cooke M, Moyle W, Shum D, Harrison S, Murfield J. A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. *Journal of health psychology* 2010 Jul;15(5):765-76. Cochrane ID: CN-00759774
14. Chan MF, Chan EA, Mok E: Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial. *Complementary therapies in medicine* 2010 Jun-Aug;18(3-4):150-9. Cochrane ID: CN-00769884
15. Castillo-Perez S, Gómez-Pérez V, Calvillo Velasco M, Pérez-Campos E, Mayoral M-A: Effects of music therapy on depression compared with psychotherapy. *Arts in Psychotherapy* 2010;37(5):387-90. Cochrane ID: CN-00774696
16. Brandes V, Terris DD, Fischer C, Loerbroks A, Jarczok MN, Ottowitz G, Titscher G, Fischer JE, Thayer JF: Receptive music therapy for the treatment of depression: a proof-of-concept study and prospective controlled clinical trial of efficacy. *Psychotherapy and psychosomatics* 2010;79(5):321-2. Cochrane ID: CN-00769844
17. Deshmukh AD, Sarvaiya AA , Seethalakshmi R, Nayak AS: Effect of Indian classical music on quality of sleep in depressed patients: A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Music Therapy* 2009;18(1):70-8. Cochrane ID: CN-00738692
18. Chan MF, Chan EA, Mok E, Kwan Tse FY: Effect of music on depression levels and physiological responses in community-based older adults. *International journal of mental health nursing* 2009 Aug;18(4):285-94) . Cochrane ID: CN-00719112

19. Guétin S, Portet F, Picot MC, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, Olsen AL, Cano MM, Lecourt E, Touchon J: Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric cognitive disorders* 2009;28(1):36-46. Cochrane ID: CN-00720720
20. Choi AN, Lee MS, Lim HJ: Effects of group music intervention on depression, anxiety, and relationships in psychiatric patients: a pilot study. *Journal of alternative and complementary medicine* (New York, N.Y.) 2008 Jun;14(5):567-70. Cochrane ID: CN-00640344
21. Erkkilä J, Gold C, Fachner J, Ala-Ruona E, Punkanen M, Vanhala M: The effect of improvisational music therapy on the treatment of depression: protocol for a randomised controlled trial. *BMC psychiatry* 2008;8:50. Cochrane ID: CN-00649408
22. Hsu WC, Lai HL.: Effects of music on major depression in psychiatric inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing* 2004 Oct; 18(5):193-9. Medline UI: 15529285
23. Reinhardt U, Lange E.: [Effect of music on depressed patients]. [German]. *Psychiatrie, Neurologie und Medizinische Psychologie* 1982 Jul;34(7):414-21. Medline UI: 7134304
24. <http://helse.uni.no/persons.aspx?ci=202>
25. Moradipناه F, Mohammadi E, Mohammadil AZ: Effect of music on anxiety, stress, and depression levels in patients undergoing coronary angiography. *Eastern Mediterranean health journal* 2009 May-Jun;15(3):639-47. Cochrane ID: CN-00722419
26. Wang D, Wu X-P, Song Z-J, Sun CZ, Xiao XL, Wang CM, He YD, Sun X-L: [Selective serotonin reuptake inhibitors plus music therapy for moderate or severe burn patients: depressive emotion and serum inflammatory factors]. *Journal of Clinical Rehabilitative Tissue Engineering Research* 2007;11(52):10527-9. Cochrane ID: CN-00708480
27. Siedliecki SL, Good M: Effect of music on power, pain, depression and disability. *Journal of advanced nursing* 2006 Jun;54(5):553-62. Cochrane ID: CN-00565543
28. Kwon IS, Kim J, Park KM: Effects of music therapy on pain, discomfort, and depression for patients with leg fractures. *Taehan Kanho Hakhoe chi* 2006 Jun;36(4):630-6. Cochrane ID: CN-00566379
29. Hernandez-Reif M, Diego M, Field T: Instrumental and vocal music effects on EEG and EKG in neonates of depressed and non-depressed mothers. *Infant behavior & development* 2006 Dec;29(4):518-25. Cochrane ID: CN-00574095
30. Kim KB, Lee MH, Sok SR: [The effect of music therapy on anxiety and depression in patients undergoing hemodialysis]. *Taehan Kanho Hakhoe chi* 2006 Apr;K36(2):321-9. Cochrane ID: CN-00636690
31. Myskja, Audun: Den musiske medisin - Lyd og musikk som terapi. 2nd ed. Oslo: Cappelen; 2003
32. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/entertainment/3547347.stm>
33. Solli, Hans Petter: Musikk i psykiatrisk praksis. In: Aasgaard, Trygve, editor: Musikk og helse. Oslo: Cappelen; c2006. p. 107-121
34. Myskja, Audun: Individualisert musikk og Musikk i siste livsfase. In: Aasgaard, Trygve, editor: Musikk og helse. Oslo: Cappelen; c2006. p. 173-200
35. Myskja, Audun: På vei mot en integrert medisin. Bergen: Fagbokforlaget; c2008
36. Sacks, Oliver: Musicophilia - Tales of music and the brain. New York: Alfred A. Knopf; 2008